



Prüfungsamt Medizintechnik

Information: Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

Wenn ein/e Studierende/r aus gesundheitlichen Gründen am Prüfungstag nicht zu einer Prüfung erscheint oder die bereits begonnene Prüfung abbricht, muss er/sie gemäß § 22 Abs. 4 Satz 2 der Allgemeinen Studien- und Prüfungsordnung der Universität die krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit durch Vorlage eines qualifizierten ärztlichen Attests nachweisen. Dieses muss spätestens innerhalb von 7 Werktagen beim Prüfungsamt vorgelegt werden.

Grundsätzlich entscheidet der zuständige Prüfungsausschuss über die Anerkennung dieser Rücktrittsgründe und damit auch darüber, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Daher muss das qualifizierte Attest die für diese Entscheidung notwendigen Informationen enthalten. Eine einfache Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung enthält diese Information nicht und wird daher als Nachweis nicht mehr akzeptiert.

Anforderungen an ein qualifiziertes Attest:

Das qualifizierte Attest muss eine Prüfungsunfähigkeit nachvollziehbar begründen und nähere Angaben enthalten, warum der/die Studierende nicht prüfungsfähig war. Dies kann z.B. beim Vorliegen von Krankheitssymptomen, die die psychische und/oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten etc., der Fall sein. „Prüfungsangst“ oder „Stress“ begründen in der Regel keine Prüfungsunfähigkeit.

Die Feststellung und die Beurteilung der Symptome obliegen dabei dem/der medizinischen Sachverständigen. Die Feststellung der Prüfungsunfähigkeit erfolgt auf dieser Grundlage durch den zuständigen Prüfungsausschuss.



Prüfungsamt Medizintechnik

Mustervorlage für ein qualifiziertes Attest

Name,

Vorname:

Matrikelnummer:

Prüfungen/-datum:

Erklärung des Arztes/der Ärztin:

Meine heutige Untersuchung bei o.g. Patient/in hat folgende krankheitsbedingte prüfungsrelevante Einschränkungen ergeben:

Die Gesundheitsstörung ist vorübergehend und nicht dauerhaft ja nein

O.g. Patient/Patientin ist/war für die o.g. Prüfung/en am _____
(Datum)

bzw. in der Zeit von _____ bis _____ (Zeitraum)

aufgrund der festgestellten Symptome aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

(Datum)

(Unterschrift und Praxisstempel)